

DENOMINATION DE LA MUTUELLE

Il est constitué une mutuelle dénommée LES MUTUELLES LIGERIENNES qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité. La Mutuelle est immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro 313 309 080.

SIÈGE DE LA MUTUELLE

Le siège de la mutuelle est situé 12 Rue Beausoleil – 44116 VIELLEVIGNE (L.A.)
Tél : 02.40.26.52.40

Mail : contact@lesmutuellesligeriennes.com

Le règlement intérieur mutualiste a pour objet de définir les engagements réciproques entre la mutuelle et ses membres participants, tels que définis dans ses Statuts, en ce qui concerne le régime des prestations et des cotisations et résultant d'une adhésion individuelle ou d'un contrat collectif.

Le règlement peut être modifié dans les conditions prévues par les Statuts de la mutuelle. (Article 6 des Statuts).

Les garanties proposées par la mutuelle sont soumises aux dispositions du Livre II du code de la mutualité.

Chapitre I

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES MEMBRES PARTICIPANTS

Section 1 - Catégories de bénéficiaires

Article 1

Les membres participants à la mutuelle se répartissent en 2 catégories :

Catégorie A : elle comprend les membres inscrits individuellement : les membres participants signent un bulletin d'adhésion, cette signature entraîne l'acceptation des Statuts, du règlement intérieur mutualiste et donne la qualité de membre participant.

Catégorie B : elle comprend les membres inscrits collectivement : la qualité de membre participant résulte de la signature du contrat. Les droits et obligations de la mutuelle et du contractant sont constatés dans le contrat signé entre la mutuelle et la personne morale souscriptrice.

Sont bénéficiaires des prestations servies par la mutuelle, les membres participants et leurs ayants droits.

Article 2

Les membres qui ne rempliraient plus les conditions d'appartenance à leur catégorie peuvent être transférés dans la catégorie correspondant à leur nouvelle situation.

Dans cette hypothèse le changement de catégorie prend effet :

Au 1^{er} jour du mois suivant le changement de situation pour le calcul des cotisations, et le versement des prestations.

Section 2 - Obligations des adhérents et de leurs ayants droit envers la mutuelle

Article 3

Les adhérents s'engagent pour eux et leurs ayants droit au paiement d'une cotisation fixée conformément aux Statuts.

En cas de décès de l'adhérent, pour tout mois commencé, la cotisation reste due.

Article 4

La cotisation forfaitaire varie selon :

. L'âge de l'adhérent est apprécié au 1^{er} jour du mois précédant le jour anniversaire

. La catégorie telle que définie dans l'Article 1

. La garantie souscrite

En cas d'adjonction ou de radiation de bénéficiaires, en cas d'exonération de ticket modérateur, la cotisation est modifiée au 1^{er} jour du mois suivant l'évènement.

Si l'évènement survient le 1^{er} jour du mois, la modification de la cotisation prend effet le jour de l'évènement.

Article 5

Pour tout nouvel adhérent qui demande son admission à la mutuelle après son 70^{ème} anniversaire, la cotisation est majorée à vie.

Le montant de ces majorations est indiqué à l'article 14.

REGLEMENT INTERIEUR MUTUALISTE FRAIS DE SANTE

Article 6

Dans les familles comptant plusieurs enfants de moins de 20 ans, la cotisation n'est due que pour deux enfants.

Tous les enfants doivent souscrire la même garantie. Gratuité du mois de naissance.

Article 7

On considère un ayant droit comme « enfant » jusqu'à ses 26 ans sous réserve qu'il soit étudiant ou rattaché fiscalement au foyer de l'un des parents.

Article 8 Droit aux prestations

Il varie en fonction de l'âge de l'adhérent au moment de l'adhésion et de son assurance antérieure. La durée du délai de carence est notifiée à l'article 21.

Article 9

Les prestations accordées par la mutuelle sont calculées conformément à la nomenclature des actes professionnels et selon les tarifs homologués par l'autorité administrative compétente.

Elles varient selon :

- La catégorie du bénéficiaire
- La garantie souscrite

Article 10

Sur un bulletin d'adhésion, différentes garanties peuvent être proposées pour la catégorie individuelle.

Article 11

Relations avec les caisses de Régimes Obligatoires. (RO) la mutuelle a signé des conventions relatives aux échanges informatisés avec tous les Régimes Obligatoires

Article 12

Le changement pour une garantie inférieure intervient en fin d'année civile, l'adhérent doit prévenir de sa décision un mois avant l'évènement, sous réserve toutefois d'avoir bénéficié de la garantie supérieure pendant TROIS ANS minimum et selon la réglementation en vigueur.

Le changement pour une garantie supérieure ne peut intervenir qu'au 1^{er} Janvier de l'année.

Article 13 Révision des cotisations pour les membres inscrits individuellement

La révision des cotisations est calculée en fonction du résultat des 9 premiers mois de l'année.

Pour le membre participant, à partir de 20 ans, elle augmente au cours de l'année au premier du mois qui suit la date anniversaire de celui-ci.

Article 14 Majorations des cotisations pour adhésions tardives

Pour une nouvelle inscription, les membres participants inscrits après :

70 ans : cotisation multipliée par 1.10

80 ans : cotisation multipliée par 1.20

90 ans : cotisation multipliée par 1.30

Pour une réinscription, entre 12 mois et 18 mois d'absence, la règle de majoration ne s'applique pas.

Article 15

Dispositions spéciales pour les membres inscrits individuellement au régime Alsace Lorraine

Une minoration s'applique sur les garanties Tonus et Tonus+ :

En 2021 : cotisation multipliée par 0.60

En 2022 : cotisation multipliée par 0.70

En 2023 : cotisation multipliée par 0.80

A compter de 2024 : cotisation multipliée par 0.90

Article 16 Minorations de Cotisations

La cotisation due par les adhérents dispensés partiellement ou totalement du ticket modérateur varie en fonction de la garantie choisie.

Elle est réduite de 5% pour une Affection Longue Durée sur présentation d'un justificatif uniquement pour les garanties Médium, Tonus et Tonus+.

Article 17

Cotisations pour demandeurs d'emploi en fin de droits

La cotisation est égale à la cotisation de leur tranche d'âge x 0.80 pour chaque membre de la famille.

Condition indispensable : être membre participant à la mutuelle depuis plus de 5 ans et présenter un justificatif de l'ASSEDIC.

Article 17

Dispositions spéciales pour les membres honoraires

Ils peuvent à tout moment devenir membres participants sans subir de délai de carence et sans majoration de cotisation.

Section 3 – Dispositions communes aux membres inscrits individuellement

Article 18

Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf stipulations contraires.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

Dans l'hypothèse où une série d'actes aurait été prescrite avant la date de radiation, la mutuelle n'interviendra que pour les actes exécutés antérieurement à cette date.

Par acte, il y a lieu d'entendre l'ensemble des actes réalisés par la profession médicale et paramédicale ainsi que la délivrance des produits pharmaceutiques.

Section 4 – Modalités de paiement – Sanctions – Prescription

Article 19 Modalités de paiement

Les cotisations dues à la mutuelle font l'objet d'un appel annuel. Il est établi par la mutuelle et adressé à chaque membre participant ou par tout autre moyen de communication.

Les cotisations dues par les membres inscrits individuellement sont payables : mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement par prélèvement (bancaire, postal, etc...), par chèque ou espèce.

Article 20

A défaut de paiement dans les délais indiqués ci-dessus, la mutuelle procédera au recouvrement des cotisations majorées des frais de recouvrement par tout moyen à sa convenance et notamment par voie judiciaire.

Suspension et remise en vigueur des garanties

En cas de défaut de paiement des cotisations, dans un délai de 10 jours, envoi d'une lettre de mise en demeure adressée par lettre recommandée avec accusé de réception, la garantie ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure.

Résiliation des garanties par les membres participants

Chaque membre participant peut demander la résiliation des garanties qui lui sont offertes par la mutuelle dans les cas suivants :

Lors d'une modification de sa situation, lorsque les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ne sont pas remplies :

- . changement de domicile
- . changement de situation matrimoniale
- . changement de régime matrimonial
- . changement de profession
- . retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

- et selon les conditions fixées par l'article 14 des Statuts

Lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle, en adressant une lettre recommandée dans les trois mois qui suivent la date de l'évènement. Dans ce cas, la fin de l'adhésion prend effet un mois après la réception de sa notification (Article L2217 et L2217 du Code de la Mutualité).

Dans cette hypothèse, la mutuelle rembourse au membre participant la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Résiliation des garanties par la mutuelle

La mutuelle peut résilier les garanties fournies au membre participant dans les cas suivants :

a. En cas de défaut de paiement des cotisations, dans un délai de 10 jours, envoi d'une lettre de mise en demeure adressée par lettre recommandée avec accusé de réception, la garantie ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure. Dans ce cas la résiliation prend effet 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours. (L2217 du code de la mutualité)

b. Lors d'une modification de la situation du membre participant, lorsque les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ne sont plus remplies, ou en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, de retraite professionnelle, de cessation définitive d'activité professionnelle, en

adressant une lettre recommandée dans les trois mois qui suivent la date de l'évènement

Dans ces cas, la résiliation prend effet un mois après la réception de sa notification (Article L22117 du Code de la Mutualité).

Dans cette hypothèse, la mutuelle rembourse au membre participant la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date de la résiliation.

Conformément aux dispositions de l'article L22115 du Code de la Mutualité pour les opérations individuelles et collectives facultatives, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements ou le contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Chapitre II

Obligations de la mutuelle envers ses membres participants

Section 1 – Prise d'effet des garanties

Article 21

Le droit aux prestations, pour les membres inscrits individuellement, prend effet :

- Membres âgés de moins de 30 ans :
 - A la signature du bulletin d'adhésion
- Membres âgés entre 30 et 60 ans :
 - Après un délai de carence* de 2 mois s'ils n'ont à ce jour aucune garantie
- Membres âgés de moins de 60 ans ayant déjà une complémentaire santé :
 - A la signature du bulletin d'adhésion
- Membres âgés de plus de 60 ans :
 - Après un délai de carence* de 4 mois s'ils n'ont à ce jour aucune garantie

*Un délai de carence qui s'applique sur tout sauf les soins courants de la garantie choisie.

Il peut être mis un terme à cette adhésion ou contrat dans les conditions de formes et de délais prévus au présent règlement.

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion ou sur le contrat.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions du présent règlement. Les garanties dont bénéficient les adhérents sont fournies à la signature du bulletin d'adhésion

Article 22

Le versement des prestations est subordonné :

- Au paiement préalable des cotisations
- A l'accomplissement d'un délai de carence éventuel prévu à l'article 21.
- A la production du décompte original établi par le régime d'obligation et si nécessaire, d'une pièce justificative des dépenses réellement engagées.

Section 2 - Tarif de responsabilité de la mutuelle

Article 23

La mutuelle intervient en complément des Régimes Obligatoires. Elle rembourse suivant la garantie choisie, le ticket modérateur entièrement ou partiellement sur la base du Tarif de Convention les prestations supplémentaires.

Article 24

Le montant des prestations servies par la mutuelle ne peut en aucun cas être supérieur aux dépenses restant à la charge effective du membre participant.

Section 3 Prestations offertes par la mutuelle

Article 25 Ticket Modérateur

Sont couverts par la mutuelle dans la limite des tarifs homologués les risques suivants :

- Les actes médicaux : consultations, visites d'omnipraticiens ou de spécialistes, visites de nuit, dimanche et jours fériés, déplacements
- Les actes paramédicaux : analyses, biologie, laboratoires, soins infirmiers (actes et déplacements) pédicures, orthophonistes, kinésithérapeutes

- L'optique et l'orthoptie
- Le petit appareillage, l'orthopédie : semelle intérieure, bas de contention, etc...
- La cure thermique
- La pharmacie : SMR 65%, 30%, 15%
- Les actes chirurgicaux cotés moins de K50 (les actes cotés plus de K50 sont pris en charge à 100% par les caisses R.O.)
- L'hospitalisation
- La radiologie, l'ostéodensitométrie
- Les soins dentaires, les prothèses dentaires, l'orthodontie.

Article 26 Prestations offertes par la mutuelle

En fonction de la garantie choisie, la mutuelle verse des prestations supplémentaires pour :

a Le dépassement d'honoraire des consultations de spécialistes

La mutuelle verse un forfait calculé sur la base de remboursement des Régimes Obligatoires et déterminé suivant la garantie et selon la réglementation en vigueur. Le décompte du Régime Obligatoire est demandé (si besoin).

b Les dépassements d'honoraire chirurgiens et anesthésistes

La mutuelle verse un forfait calculé sur le montant du dépassement d'honoraire et déterminé suivant la garantie, selon la réglementation en vigueur.

Le membre participant doit fournir un justificatif.

c Le forfait journalier (Décret n° 83260 du 31 mars 1983)

La mutuelle verse un forfait égal au tarif en vigueur pour les contrats responsables et solidaires ; un délai est notifié pour les contrats non responsables et non solidaires.

Le versement du forfait se fait directement à l'hôpital ou à la clinique. Si le membre participant a payé, il doit fournir la facture acquittée à la mutuelle.

d La chambre particulière.

Hospitalisation avec ou sans intervention chirurgicale

La mutuelle verse un forfait par jour sans limitation du nombre de jours suivant la garantie.

Le membre participant doit fournir un justificatif (si besoin).

Hospitalisation en Etablissements Psychiatriques

La mutuelle verse un forfait annuel par jour suivant la garantie.

Le membre participant doit fournir un justificatif (si besoin).

Séjour en Centre de Convalescence – Maison de Repos

La mutuelle verse un forfait par jour pendant 20 ou 30 jours suivant la garantie. Le membre participant doit fournir un justificatif (si besoin).

Hospitalisation en Ambulatoire

La mutuelle verse un forfait pour la journée suivant la garantie.

Le membre participant doit fournir un justificatif (si besoin).

e L'accompagnement de personnes hospitalisées

La personne hospitalisée et l'accompagnant doivent être tous deux adhérents à la mutuelle afin de pouvoir bénéficier du forfait versé par jour suivant la garantie.

Le membre participant doit fournir un justificatif détaillé de ses frais (lit accompagnant + repas). Le montant des prestations servies par la mutuelle ne peut être supérieur aux frais restants à la charge du membre participant (Art. 24).

f L'optique.

Disposition applicable au 1er janvier 2020

Equipement d'optique médicale : une monture et deux verres

- Renouvellement de la prise en charge par la Sécurité Sociale possible au terme d'une période de 2 ans date d'acquisition de l'équipement, sauf variation de la vue et sauf pour les enfants de moins de 16 ans.
- Tarifs et PLV pour les prestations d'adaptation et d'appairage

Tarifs classe A (reste à charge à zéro)

- Base de 9,75€ à 35,25 € par verre pour les verres unifocaux pour des prix limite de vente de 32.50€ à 117.50 € par verre pour les verres unifocaux
- de 13,50€ à 39 € par verre pour les verres multifocaux hors progressifs pour des prix limite de vente de 45€ à 130 € par verre pour les verres multifocaux hors progressifs
- de 22,50€ à 51 € par verre pour les verres progressifs pour des prix limite de vente de 75€ à 170 € par verre pour les verres progressifs
- 6 € par verre pour les verres neutres pour des prix limite de vente de 20 € par verre pour les verres neutres
- 9 € pour la monture pour un prix limite de vente de 30 € pour la monture

Tarifs classe B

- Verre : BRSS 0,05 € par verre (quel qu'il soit)
- Monture : BRSS 0,05 €

Aucune limite de tarifs de vente

L'opticien devra obligatoirement présenter un devis avec les Deux classes : classe A et classe B

Lunettes

La mutuelle verse un forfait annuel dont le montant est déterminé suivant la garantie et suivant la réglementation en vigueur.

Lentilles

La mutuelle verse un forfait annuel dont le montant est déterminé suivant la garantie.

Les forfaits lunettes et lentilles peuvent être cumulés.

Le membre participant doit fournir la facture de l'opticien si pas de prise en charge avec l'opticien.

Chirurgie réfractive.

La mutuelle verse un forfait par intervention suivant la garantie.

Le membre participant doit fournir un justificatif.

g Les prothèses auditives mono ou stéréo

La mutuelle verse un forfait annuel déterminé suivant la garantie et suivant l'appareillage mono ou stéréo selon la réglementation en vigueur.

Le membre participant doit fournir un justificatif.

h Dentaire

Les prothèses dentaires

La mutuelle verse un pourcentage calculé sur la base de remboursement des Régimes Obligatoires dans la limite d'un plafond autorisé et selon la réglementation en vigueur.

Le pourcentage de calcul et le plafond sont déterminés suivant la garantie.

Forfait implant – parodontologie

La mutuelle verse un forfait annuel suivant la garantie.

L'orthodontie

La mutuelle verse un forfait calculé sur la base de remboursement des Régimes Obligatoires.

Le pourcentage de calcul est déterminé suivant la garantie.

i Forfait bien être

La mutuelle verse un forfait par année civile déterminé suivant la garantie.

j L'ostéodensitométrie

La mutuelle verse un forfait par année civile selon la garantie.

k Aide et assistance suite à une hospitalisation

La mutuelle prend en charge un nombre d'heures défini par la convention avec un sous-traitant choisi par la mutuelle. Le détail de la prestation est remis lors de la signature du bulletin d'adhésion.

l La naissance – L'adoption

La naissance ou l'adoption doit être déclarée dans le mois qui suit l'évènement. Le versement de la prime est conditionné à l'adhésion de l'enfant.

Le membre participant doit fournir un extrait d'acte de naissance ou d'adoption.

m Forfait contraceptif

La mutuelle verse un forfait annuel suivant la garantie.

n Forfait sevrage tabagique

La mutuelle verse un forfait annuel suivant la garantie.

o Petit appareillage, orthopédie

La mutuelle verse un forfait égal à un pourcentage (suivant la garantie.) de la base des Régimes Obligatoires.

Le décompte du Régime Obligatoire peut être demandé.

p Cure thermique

La mutuelle verse un forfait par année civile en fonction de la garantie.

q Forfait annuel médicaments non remboursables par le Régime Obligatoire

La mutuelle verse un forfait par année civile en fonction de la garantie.

Article 27

La mutuelle n'intervient pas sur les conséquences de :

- La guerre étrangère ou la guerre civile
- Fait intentionnel du membre participant (mutilation volontaire)
- Maladies ou accidents occasionnés par la désintégration du noyau atomique.

Article 28**Assurances cumulatives**

En cas de survenance d'un risque particulier (accident scolaire, sportif, accident de la chasse, etc...) ayant fait l'objet d'une assurance spéciale auprès d'un autre organisme, la mutuelle n'intervient qu'à titre complémentaire de l'indemnisation versée par ledit organisme.

Article 29**Réassurance**

La mutuelle peut se réassurer pour tout ou partie des risques qu'elle couvre près d'un organisme technique.

Article 30**Coassurance**

La mutuelle peut coassurer tout ou partie des risques couverts par une autre mutuelle.

Section 4 Les Garanties**Article 31**

Les membres inscrits individuellement ont le choix de plusieurs garanties :

PRIM'AGE : Ticket Modérateur intégral + prestations supplémentaires

PREMS : Ticket Modérateur intégral + prestations supplémentaires

OSE : Ticket Modérateur intégral + prestations supplémentaires

TEMPO : Ticket Modérateur partiel + prestations supplémentaires

PRIMA : Ticket Modérateur intégral + Forfait journalier

MEDIUM : Ticket Modérateur intégral + prestations supplémentaires

TONUS : Ticket Modérateur intégral + prestations supplémentaires

TONUS+ : Ticket Modérateur intégral + prestations supplémentaires

SILVER : Ticket Modérateur intégral + prestations supplémentaires

SILVER+ : Ticket Modérateur intégral + prestations supplémentaires

ALFA : Ticket Modérateur pour la pharmacie SMR 30% et 15% + prestations supplémentaires

ALFA+ : Ticket Modérateur pour la pharmacie SMR 30% et 15% + prestations supplémentaires

SENIOR : Ticket Modérateur intégral sauf pharmacie + prestations supplémentaires

AINESMUT : Ticket Modérateur intégral sauf prestations prises en charge pour les résidents des maisons de retraite, en dotation partielle de soins + prestations supplémentaires.

GENERATION : Ticket Modérateur intégral sauf prestations prises en charge pour les résidents des maisons de retraite, en dotation globale de soins + prestations supplémentaires

SENIORILIS : Ticket Modérateur intégral pour les résidents des maisons de retraite, sans dotation + prestations supplémentaires

MEGA : Prestations supplémentaires

MEGA+ : Prestations supplémentaires

Section 5 – Modalités de paiement des prestations Prescriptions**Article 32**

Les prestations dues aux membres participants sont versées de la façon suivante :

- Les différentes caisses de Régime Obligatoire effectuent les remboursements qui leur incombent directement aux assurés affiliés à ces caisses.

Les dossiers des membres participants affiliés aux différentes caisses sont traités dans les 48 heures en utilisant la télétransmission, sinon les membres participants doivent transmettre les décomptes originaux de leur caisse pour un traitement manuel.

Article 33

Les prestations supplémentaires sont versées sur présentation du décompte des caisses de Régimes Obligatoires ou sur présentation d'un justificatif dans les conditions prévues à l'article 22.

Article 34

Le paiement des prestations se fait uniquement par virement bancaire ou postal.

Exceptionnellement le paiement peut être fait par chèque mais en aucun cas en espèces.

Article 35

Une convention est signée entre la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France permettant le tiers payant dans toutes les pharmacies.

Les Etablissements de soins (Hôpitaux, Cliniques, Centres de soins, Opticiens, etc ...) transmettront leurs factures à la mutuelle pour le règlement.

Le règlement des frais sera effectué dans la limite de 2 ans date des soins.

Section 6 Secours Exceptionnel**Article 36**

À la demande écrite du membre participant, la Commission « Secours Exceptionnel » statuera sur l'octroi d'un secours exceptionnel, un avis de nonimposition sera demandé.

Section 7 : La Subrogation**Article 37**

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnisé ces éléments de préjudice.

Article 38

Pour les membres participants ou ayants droit domiciliés en France ou dans les Dom Tom, les garanties sont mises en œuvre dans la limite de l'Union Européenne.

Article 39

Les actions en matière de cotisations et de prestations sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui leur a donné naissance (Article L22111 du Code de la Mutualité)

Article 40

La loi applicable au présent règlement est la loi Française.

Section 8 : Médiation**Article 41**

En cas de difficulté liée à l'application du présent règlement le membre participant peut avoir recours aux services du médiateur dans les conditions prévues par les Statuts (article 64).

Article 42 – INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la mutuelle conformément à son objet. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une gestion ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la mutuelle à l'adresse de son siège social.

Obligations générales relatives au traitement des Données à Caractère Personnel (DCP)

Chaque partie s'engage à respecter la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles, comprenant le REGLEMENT (UE) 2016/679 DU PARLEMENT EUROPEEN ET DU CONSEIL du 27 avril 2016 (RGPD) et les dispositions applicables en France (la « Réglementation Applicable »).

Article 43 – AUTORITE ADMINISTRATIVE CHARGÉE DU CONTRÔLE DE LA MUTUELLE

La mutuelle est soumise au contrôle administratif de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 Place de Budapest 75436 Paris Cedex 09.

Le Président,

Daniel MEILLERIS